UNIVERSITÉ DE PARIS V RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN PORT-ROYAL

22

ANNÉE 1973

N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MICHEL KERMORGANT

NÉ LE 17 JUILLET 1942 A BREST

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

Mme LA CHAPELLE 1769-1821

Son œuvre ou l'art des accouchements au début du XIXe siècle

Président : Monsieur le professeur LE PAGE

UNIVERSITÉ DE PARIS V RENÉ DESCARTES
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN PORT-ROYAL

ANNÉE 1973 N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

MICHEL KERMORGANT

NÉ LE 17 JUILLET 1942 A BREST

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

Mme LA CHAPELLE 1769-1821

Son œuvre ou l'art des accouchements au début du XIXe siècle

Président : Monsieur le professeur LEPAGE

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Avec toute mon affection.

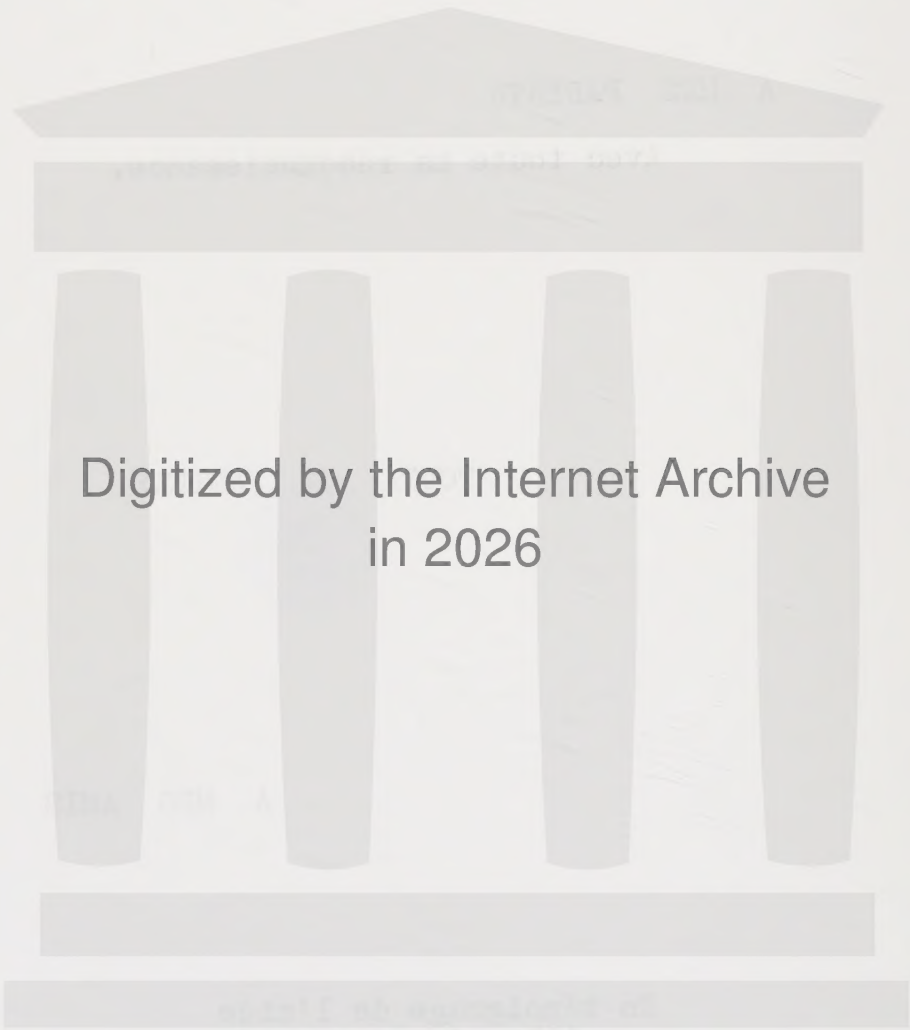
A MES PARENTS

Avec toute ma reconnaissance.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

En témoignage de l'aide
qu'ils m'ont apportée


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542716_0013

A Monsieur le Professeur F. LEPAGE

Professeur à la Faculté

Gynécologue Accoucheur, Chef de service
de la Maternité de Baudelocque.

Qui nous a fait le grand honne
de bien vouloir accepter la
présidence de cette thèse.

En hommage très res-
pectueux.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur P. HOULNE

Professeur titulaire de la Chaire de Clinique Obstétricale
à l'U.E.R. Médecine et Techniques Médicales
de Nantes.

Gynécologue - Accoucheur des Hopitaux.

A qui nous devons le sujet
de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de toute notre reconnaissan-
ce pour son aide précieuse
au cours de ce travail et
pour l'enseignement qu'il
nous donne.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur ROBEY

Gynécologue - Accoucheur, Chef de service
de la Maternité de Boucicaut.

Avec nos remerciements pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner pour l'élaboration de cette thèse.

Qu'il soit assuré de toute notre gratitude pour l'accueil qu'il nous a fait et l'intérêt qu'il a porté à notre travail.

A Monsieur le Professeur J.P. RAMBAUD

Président de l'Université de Nantes

Professeur titulaire de la Chaire d'Anatomie Pathologique de l'UER Médecine et Technique Médicale de Nantes

et à Monsieur CUNY.

Avec nos remerciements pour l'aide qu'ils nous ont apportée dans la recherche historique de cette thèse.

1769 - 1821

Son oeuvre ou l'Art des Accouchements au début du XIXème siècle.

INTRODUCTION

Le 25 juin 1822 lors de la distribution des prix de l'Ecole d'Accouchement de Port Royal, CHAUSSIER a tenu à rendre un solennel hommage à Madame La Chapelle qui venait de disparaître prématurément.

"Consacrée toute entière au soulagement des mères souffrantes, à la conservation des enfans naissans, la vie de Madame La Chapelle est essentiellement liée à la gloire, à la postérité de cet établissement, aux progrès de l'art des accouchemens".

L'Histoire n'a pas oublié la vocation humanitaire de cette femme. Elle reste certainement, cent cinquante ans après, l'un des auteurs anciens encore les plus cités en obstétrique. La raison en est simple : son livre "Pratique des Accouchemens" est un travail important par sa clarté et les nouvelles conceptions qu'il apportait. Il est complété par des "Observations sur divers cas d'accouchemens", le fruit de trente années d'expérience et beaucoup de nos conceptions actuelles y trouvent leur origine.

Il nous a, dès lors paru intéressant de consacrer une étude à cette oeuvre qui mérite d'être rappelée au souvenir de notre génération.

Sa vie est facilement replacée dans son contexte historique : 1769 - 1821 naissance et mort de Napoléon ler. Madame La Chapelle vécut sa jeunesse pendant la révolution et son âge adulte pendant

Pour comprendre son oeuvre, il est indispensable d'envisager un bref rappel de l'évolution des idées obstétricales jusqu'au XIXème siècle et de sa biographie avant d'envisager l'analyse de sa "Pratique des Accouchements".

L'obstétrique jusqu'à Ambroise Paré était du domaine presqu'exclusif des Sages-Femmes.

Avant Hippocrate (fin du Vème siècle avant Jésus-Christ), les accouchements étaient faits par des femmes qui n'avaient fait aucune étude spéciale. La position de choix pour accoucher était la position à genoux. Cependant les Sages-Femmes dans la Grèce antique étaient aimées et respectées.

Hippocrate, père de la médecine, est aussi celui de l'obstétricie. Il avait décrit les signes de grossesse, les présentations vicieuses transversales et du siège. Il pratiquait le toucher, le palper, et semblait même s'aider du spéculum. Il croyait que les garçons naissaient dans l'hémi-utérus droit et les filles dans le gauche. Pour hâter un accouchement il préconisa la "succussion" c'est à dire que la femme était attachée sur son lit et secouée dans le sens vertical si l'enfant présentait la tête en bas, horizontalement autrement. Mais il conseilla surtout la version céphalique après dilatation artificielle du col utérin. En cas d'impossibilité de cette dernière et d'enfant mort il pratiquait l'embryotomie. Un médecin était alors appelé au chevet de la parturiante, les Sages-Femmes ne devant s'occuper que des accouchements normaux. Dans son Serment il interdisait aux médecins de pratiquer des avortements provoqués, ce qui était fréquent à son époque.

Après lui, Pluton, dans son "Timée" fait exposer par Socrate le rôle important des Sages-Femmes qui donnent des soins aux accouchées, ont le droit de prescrire des médicaments et de pratiquer des avortements.

Au début de L'Histoire de Rome la médecine était mal considérée et n'était guère exercée que par des Grecs. Les Sages-Femmes seules, malgré leur ignorance et leur superstition qu'elles partageaient avec la masse, avaient le droit de s'occuper d'obstétricie. La Césarienne post-mortem pour sauver l'enfant était pratiquée, Jules César dit-on y dut la vie et son nom.

médecine" à cause de la qualité littéraire de ses ouvrages. Il préconisa de réserver les accouchements normaux aux Sages-Femmes, les chirurgiens intervenant dans les cas difficiles pour sauver les mères. Il traita les prolapsus par pessaires, recommanda de mettre la femme en travers d'un lit pour accoucher. Il décrivit surtout la version podalique pour extraire un enfant mort mais son oeuvre resta oubliée pendant longtemps.

Soranus d'Ephèse (98 - 177 après J.C.) fut le plus grand obstétricien de l'Antiquité. Il employa la version podalique sur enfant vivant et en sauva de nombreux. Si ses descriptions anatomiques étaient satisfaisantes, ses conceptions physiologiques l'étaient moins ! Il condamnait l'accouchement pratiqué sur les genoux d'une autre femme et préconisait l'emploi du fauteuil obstétrical à évidemment semi-lunaire.

Les premiers temps du christianisme n'ont rien apporté à l'obstétricie. Les Sages-Femmes étaient tout-puissantes et l'embryotomie se pratiquait fréquemment même sur des enfants vivants. La version podalique de Celse et Soranus était complètement oubliée.

Le Moyen Age peut-être caractérisé par le triomphe des Sages-Femmes et des remèdes superstitieux que prescrivaient les moines et les prêtres. La Césarienne post-mortem fut approuvée par les conciles et permit de sauver des personnages célèbres. Les connaissances gréco-romaines étaient oubliées et l'obstétrique resta toute entière aux mains des matrones. La seule manière artificielle de délivrer une femme restait l'embryotomie.

La Renaissance (XV, XVIe siècle) permit le renouveau des Sciences Léonard de Vinci (1452 - 1519) sculpteur, peintre, poète, musicien, philosophe et scientifique génial nous laissa des descriptions anatomiques très précieuses. Vésale (1514 - 1564) s'en inspira et fit de nombreuses dissections de cadavres. N'alla-t-il pas jusqu'à demander aux juges d'éviter la question préalable afin que les corps des suppliciés destinés à son scalpel ne fussent poirt inadéquats à la dissection.

châtreur de porcs Jacques Nufer. Sa femme étant en travail depuis de longues heures et ne pouvant être délivrée malgré les efforts de treize Sages-Femmes, il se décida à intervenir. Il la plaça sur une table, ouvrit l'abdomen, retira un enfant vivant, puis sutura la plaie à la façon des vétérinaires. Sa femme aurait eu après d'autres grossesses. S'agit-il de la première césarienne sur vivant ou d'une intervention sur grossesse extra-utérine à terme ?

Enfin Ambroise Paré (1510 - 1590) permit à l'obstétricie de faire d'immenses progrès. Son livre "De la génération de l'homme" 1573 contient de nombreuses notions nouvelles. Il était avant tout chirurgien mais il s'intéressa beaucoup à l'obstétrique. Ne préconisa-t-il pas de mettre une main dans un utérus qui saignait pour ramener le placenta ou ses restes ? Il remit surtout à l'honneur la version podalique de Celse et Soranus. Ainsi Guillemeau, son gendre, instruit par ses soins, délivra sa femme Anne par cette méthode. D'innombrables travaux obstétricaux lui sont encore imputables : amputation du col, réparation des déchirures du périnée, techniques de l'embryotomie... Il déconseilla la césarienne qui donnait, à son époque, de très mauvais résultats.

Les accouchements à cette époque se faisaient surtout sur chaise obstétricale. Les Sages-Femmes avaient encore une grande influence. Ainsi Louise Bourgeois accoucha Marie de Médicis, ranima le futur Louis XIII et donna d'excellents conseils aux Sages-Femmes.

Avec Mauriceau (1637 - 1709) commence l'ère des grands obstétriciens. Son "Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées" affirma rapidement son autorité. Il abandonna la chaise obstétricale pour le lit d'accouchement. Il décrivit les différentes présentations, réintroduisit la version podalique, la transformation en sommet des présentations défléchies, la manoeuvre qui porte son nom, d'extraction de la tête dernière, l'emploi des crochets. Il rejetta la césarienne en raison de son extrême gravité. On sait qu'il se fit représenter montrant d'une main le soleil et de l'autre un livre sur lequel est écrit "Me sol non umbra regit" (c'est

le soleil et non l'ombre qui me guide). De nombreux ouvrages sont écrits à cette époque par Portal, Viardel, Peu, De la Motte, Dionis. Ce dernier nous apprend dans son ouvrage que les princesses et les grandes dames, réclamaient de plus en plus l'assistance des Accoucheurs.

Le forceps fit son apparition d'une manière des plus étranges. Il fut découvert au début du XVIIème siècle par un membre de la famille Chamberlen en Ecosse. Il fut gardé secret et passé de père en fils jusqu'au milieu du XVIIIème siècle. Hugh Chamberlen tenta de le vendre à Mauriceau pour 10.000 livres. Mis à l'épreuve, il échoua devant une femme rachitique et rentra en Angleterre. Quelques années plus tard, après une banqueroute, il se réfugia en Hollande. Il vendit son forceps à Van Roonhuysen vers 1693. Le collegium Medico - Pharmaceuticum d'Amsterdam en prit possession et fit payer très cher l'autorisation de son emploi. Ce ne fut qu'en 1753 qu'il fut enfin divulgué, mais il n'était plus alors formé que d'une seule branche. On ne sait pas si la supercherie est venue de Chamberlen ou du collegium.

Au XVIIIème siècle les auteurs furent nombreux : Deventer décrivit les bassins normaux et viciés, Puzos (1686 - 1753) préconisa de rompre les membranes dans le placenta praevia et de soutenir le périnée avec la main ; Solayres (1737 - 1772) ouvrit à Paris un cours particulier d'accouchements dont le succès fut énorme. Sigault en 1777 réalisa la première symphyséotomie. Smellie fut un très grand accoucheur anglais ; il apporta des connaissances anatomiques et cliniques importantes, il insista sur l'intérêt de suivre la marche de la tête par la palpation des sutures et des fontanelles, il conseilla de laisser agir la nature au maximum et de n'intervenir qu'en cas de nécessité absolue. Ould recommanda l'accouchement sur le côté dit à "L'Anglaise", toujours pratiqué de nos jours.

Levret (1703 - 1780) mérite d'être cité parmi les plus grands car il apporta au forceps une perfection capitale. Jusqu'alors en effet celui-ci était droit et son application était difficile dès que la tête foetale n'était plus à la partie basse du bassin. Or il

était précisément utilisé comme l'a écrit Levret dans la vue d'apporter une solution à l'incarcération de la tête dans le bassin. Il eut l'idée capitale, afin de permettre d'user de cet instrument avec plus de facilité et moins de danger pour les parties molles, d'apporter une courbure au forceps. Cette inovation extrêmement riche par ses conséquences permit désormais de s'attaquer à l'extraction de la tête à toutes les hauteurs du petit bassin. Levret décrivit d'ailleurs dans une monographie restée classique son nouvel appareil avec une précision restée sans égal et tous les perfectionnements apportés depuis n'ont été que secondaires.

Baudelocque (1748 - 1810), élève de Solayrès, fut le professeur et l'accoucheur de la Maternité de Port-Royal où Madame La Chapelle fut Sage-Femme en chef. Son ouvrage "Art des Accouchements" fit longtemps autorité mais par excès de classification il décrivit "94 positions suivant lesquelles l'enfant pouvait se présenter". Il soigna la Reine de Hollande et fut choisi pour accoucher Marie-Louise. Il mourut avant et ce fut Dubois qui le remplaça d'abord à Port-Royal, puis pour l'accouchement de l'Impératrice. Il s'agissait d'un siège, il dut faire une application de forceps sur tête dernière, et aidé de Corvisart il dut réanimer l'enfant et le sauva, cela lui valut d'être nommé Baron.

Ainsi Madame La Chapelle au début du XIXème siècle s'est inspirée de ces nombreux auteurs qu'elle cite abondamment dans son livre. La version par manoeuvres internes et le forceps étaient les deux techniques les plus employées à son époque. La Césarienne y était proscrite vu ses nombreux dangers. Semmelveiss n'avait pas encore découvert l'asepsie ni Pasteur l'antisepsie.

BIOGRAPHIE DE Mme LA CHAPELLE

Marie-Louise Dugès, épouse La Chapelle, naquit à Paris en 1769 à la fin du règne de Louis XV.

Nous possédons peu de renseignements sur son père Louis Dugès. Chaussier nous apprend qu'il était un modeste officier de santé mais Delaunay, faisant remarquer que ce titre n'apparut que sous la Révolution, pense qu'il était plutôt compagnon chirurgien.

Sa mère, Marie Josnet, au contraire est plus connue. Elle fut sage-femme jurée au Châtelet puis en 1775 elle devint chef du service d'accouchement de l'Hôtel-Dieu ; ce dernier était très insalubre, il n'existait qu'une salle trop petite où les femmes couchaient à plusieurs dans le même lit. Elle lutta avec dévouement contre les fièvres puerpérales qui ravageaient son service. Une femme sur treize en mourait et même, nous dit Tenon, une sur dix en tenant compte de celles qui périssaient après leur sortie de l'office. Ainsi, de 1776 à 1780, sur 17876 accouchées, Mme Dugès eut à déplorer 1142 décès. Doulcet crut découvrir le traitement miracle avec l'Ipecacuanha. Mme Dugès fit preuve d'un grand dévouement pour appliquer cette médication dès les premiers symptômes pathologiques. Cela lui valut une gratification extraordinaire de 600 livres accordée par brevet du Roi. Cependant, devant de nombreux échecs, cette nouvelle méthode finit par être abandonnée.

"La jeune Marie-Louise, dit Chaussier, élevée avec soin sous les yeux de sa mère, instruite par ses leçons et son exemple, vivant journellement au milieu des femmes enceintes et en couches, avait en grandissant acquis de bonne heure et presque sans s'en apercevoir les connaissances théoriques et pratiques de l'art des accouchemens". A l'âge de douze ans, sa mère étant absente, elle résolut, avec beaucoup d'autorité un accouchement difficile.

Il fallut bien qu'une révolution médicale suivit la révolution politique de 1789. Pinel, Laennec, Rostan, Bouillaud

s'efforcèrent de créer une médecine des Hopitaux. Ce fut l'époque où Paris parvint enfin à supplanter Montpellier et même à devenir le centre de la médecine mondiale. "Le nouvel enseignement était basé sur des sensations et différait radicalement du passé, plaçant l'étudiant en observateur dans les salles d'hopitaux dès le premier jour de ses études" (Ackerknecht). La médecine faisait une grande place à l'observation et se servait de nouvelles méthodes : auscultation, percussion, autopsie, analyse statistique. "Ce sont les maladies plutôt que des malades que vous devez peindre" (Georget), ce qui allait à l'encontre des idées hippocratiques. Pinel et Bichat se tournèrent vers l'anatomie pathologique. Broussais unit le symptôme à la lésion. Laënnec eut une grande influence. "Je ne chercherai point à diviser les maladies en genres et espèces.... je tenterai encore moins de remonter aux causes premières.... j'exposerai les caractères auxquels on peut les reconnaître sur le vivant et sur le cadavre."

L'obstétrique bénéficia tout naturellement de ces nouvelles conceptions médicales en particulier pour la construction d'une nouvelle maternité.

En 1792, à l'âge de 24 ans, Marie-Louise Dugès épousa Charles Bon-Côme Langlet, dit La Chapelle, compagnon chirurgien à l'Hôtel-Dieu et détaché à l'hôpital Saint Louis. Elle ne peut cependant se résigner à quitter la maternité, elle continua à seconder et à remplacer sa mère. Elle devint veuve trois ans plus tard en 1795. N'ayant pas eu d'enfant, elle s'attacha de plus en plus à sa mère et devint son adjointe.

En 1794 la Convention, sous la dictature de Robespierre, décida de transférer la Maternité de l'Hôtel-Dieu au Val de Grâce qui était un édifice vaste et salubre. Mais en 1795 les travaux furent arrêtés.

En 1798, le Directoire entreprit de créer trois chaires d'accouchement à Paris : deux théoriques pour étudiants et Sages-Femmes, et une clinique obstétricale qui, en fait, ne sera construite qu'en 1833. Une des chaires revint à Le Roy et l'autre

à son ennemi Baudelocque, membre de l'académie royale de chirurgie. En 1796 "La Convention Nationale décrète que la Maison dite du Val-de-Grâce servira d'Hôpital militaire pour la légion de police ; l'établissement de santé, déjà commencé au Val-de-Grâce sera transporté à la Maison de la Bourbe et à l'ancien Institut de l'Oratoire".

Madame La Chapelle dirigea les travaux et organisa le nouveau service avec l'assentiment de sa mère qui mourut en 1799.

"Les deux maisons réunies, dit Mademoiselle Carrier, formèrent l'Hospice de la Maternité, divisé en deux sections, l'allaitement et l'accouchement. L'allaitement, appelé depuis Hospice des Enfants trouvés, fut placé dans les bâtiments de Port-Royal, tandis-que l'acccuchement fut installé dans les bâtiments de l'Oratoire qui étaient moins vastes".

Au début, les réglements étaient les mêmes qu'à l'Hôtel-Dieu. On n'avait fait que déménager l'ancien service. Madame La Chapelle fit admettre progressivement des réformes. Ainsi les lits doubles à cloison disparurent en 1802. Un Code de la Maternité est émis ; il est sévère et les femmes doivent s'y conformer. Elles doivent se livrer aux travaux dont elles sont capables et que leur état permet. Elles confectionnent tout ce qui est nécessaire pour vêtir les enfants et du linge destiné aux adultes de l'Hospice. Elles touchent une légère rétribution qui peut être supprimée à titre de punition. Ce réglement peut paraître sévère, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agissait d'un Hospice recevant beaucoup d'indigentes qui restaient en moyenne 25 jours. Ainsi en 1823, il fut admis 2259 femmes non mariées et seulement 403 femmes présumées mariées. La plupart de ces femmes abandonnaient leur enfant. En dix ans, 2634 nouveau-nés seulement sur 21053 furent gardés par leur mère.

En 1813 devant l'augmentation des femmes enceintes, Madame La Chapelle obtient la mutation des deux maisons. La maison d'accouchement et l'école des sages-femmes furent transférées à l'Abbaye de Port-Royal. Il fut réservé dix salles pour les femmes enceintes, quatre salles pour les femmes en couches, sept salles

pour l'infirmerie. Les lits des accouchées se trouvaient dans les anciennes cellules des religieuses dont on avait retiré les cloisons de face. "Chaque accouchée, dit Mademoiselle Carrier, a son alcôve ou cellule qui a 2,65 mètres de long, 2,70 mètres de large, qui est éclairée par une croisée. On peut facilement mettre dans chaque alcôve un lit pour y coucher la femme, un lit de sangle pour la changer, un berceau pour y mettre son enfant, et une table de nuit... Quels changements pour Madame La Chapelle ! Au lieu du misérable service de l'Hôtel-Dieu, un hôpital spécial, complétement isolé, entouré de jardins, occupant une superficie de 32.500 mètres carrés, desservi par 56 employés, et offrant pour loger 184 femmes, 21 salles vastes et bien aérées. Au lieu des 4 apprenties de l'Hôtel-Dieu, plus de 100 élèves sages-femmes. A la place du personnel médico-chirurgical restreint et souvent incompétent, de l'ancien Hôtel-Dieu, un chirurgien-accoucheur en chef, un chirurgien adjoint, un médecin en chef, un médecin adjoint, une élève sage-femme principale, un élève en médecine."

Malgré ces transformations, des épidémies de fièvres puerpérales continuent de sévir (voir 1ère planche). En 1819 Madame La Chapelle revit cette mortalité effroyable d'une accouchée sur treize. Ce fut une nouvelle preuve que la disposition architecturale des locaux n'est pas le fait capital dans l'hygiène des maternités.

L'oeuvre principale de Madame La Chapelle fut peut-être la création de l'école de sages-femmes, tant réclamée. "De toutes les parties de la France, alors, dit Baudelocque, le cri de l'humanité se fit entendre pour obtenir des sages-femmes et pour en obtenir de bonnes". En 1802 un réglement pour la Maternité institua l'enseignement des élèves-médecins ou chirurgiens et des élèves sages-femmes. Il eut une existence éphémère. A l'instigation de Madame La Chapelle, un nouvel arrêté réserva l'école de l'Oratoire aux seules élèves sages-femmes.

Elle y créa un service d'enseignement qui forma rapidement de plus en plus de sages-femmes. La durée de l'enseignement passa d'abord à 6 mois puis à 1 an. De plus le quart des élèves redoublait volontairement et dirigeait par groupes, les nouvelles venues. Elles étaient nourries, logées et recevaient une faible rétribution. Elles furent bientôt au nombre de 120 à 130 élèves qui venaie de Paris mais aussi de la Province et même de l'étranger (Italie, Hollande, Suisse).

L'enseignement théorique était pratiqué par Baudelocque, trois fois par semaine. Il persuadait les sages-femmes qu'elles en savaient plus que le commun des médecins. Madame La Chapelle complétait cet enseignement et pratiquait des exercices sur mannequin. Les sages-femmes redoublantes faisaient répéter les leçons dans chaque groupe. Cet enseignement était prolongé par des cours de médecine de Chaussier et des cours sur les principes généraux de la botanique faits par un pharmacien.

Madame La Chapelle, fidèle aux grands médecins de son époque, accordait beaucoup d'importance à l'observation et à la pratique. Elle examinait toute femme qui arrivait à la maternité, décidait de la garder et la confiait à un groupe d'élèves. Les accouchements les plus simples étaient faits par ces dernières. En cas de difficultés, elle l'exécutait devant elles ou dirigeait les manoeuvres d'une sage-femme ancienne. Elle les réunissait ensuite dans un amphitéâtre pour discuter du cas sur un mannequin. Enfin, chaque jour, une élève recueillait les observations de chaque accouchement.

L'école de Port-Royal acquit une grande réputation dans toute l'Europe. Elle forma une foule délèves ayant une instruction solide et une grande habileté pratique. Des écoles semblables essayèrent de se créer en Province, mais, les médecins qui y enseignaient pour avoir le titre de Professeur, admettaient n'importe

qui sans s'informer de leur éducation. Les salles étaient dépourvues des choses les plus nécessaires et les accouchements y étaient peu nombreux.

Madame La Chapelle touchait 1.500 francs par an comme appointements ; traitement analogue à celui des chirurgiens ordinaires dont elle avait le rang. Elle recevait en plus 30 francs par élève avec logement, chauffage, éclairage gratuit.

A 35 ans elle était la première praticienne de Paris et accoucha beaucoup de femmes de la bourgeoisie. Elle se lia à la maternité à Marie-Anne Boivin qui y fut surveillante-chef pendant onze ans. Celle-ci publia un "Mémorial des Accouchemens" qu'elle lui dédia "que n'ai-je comme vous cette finesse, cette délicatesse d'esprit qui sait donner à l'expression de la vérité tant de grâces et d'agréments". Mais les deux femmes finirent par se brouiller. "Lorsqu'il s'agit de partager une autorité les femmes s'entendent fort mal avec les hommes et plus mal encore entre elles. Madame La Chapelle prit-elle ombrage de la réputation de sa rivale ? craignit-elle que les prérogatives de la Sage-Femme en chef de la Maternité ne fussent affaiblies par celle de la surveillante en chef ? Toujours est-il qu'elles se brouillèrent à mort". Madame La Chapelle obtint la suppression du poste de sa subordonnée à la Maternité, et celle-ci jura de ne jamais la remplacer.

Madame La Chapelle réserva la Maternité aux Sages-Femmes et en interdit formellement l'entrée aux étudiants en médecine. "Jamais, écrit-elle, dans aucune institution on n'a seulement pensé à confondre les élèves des deux sexes, encore moins en ce qui concerne l'art obstétrical. De plus les aspirantes Sages-Femmes sont arrivées à l'âge où elles doivent facilement tomber dans le piège de la séduction". Il est permis de lui faire une première critique. Il n'est pas douteux que sa position a été néfaste car elle a écarté de la pratique obstétricale beaucoup de médecins susceptibles de s'y intéresser. Jusqu'à la fin du XIXème siècle l'art des Accouchements sera exercé par les Sages-Femmes toutes puissantes qui se contentèrent de faire appel aux

chirurgiens non spécialisés pour terminer l'accouchement par voie haute en cas d'échec total des forces de la nature. Les étudiants durent s'adresser à des écoles clandestines installées dans des maternités privées, dirigées par des Sages-Femmes et chaperonnées par un médecin. Beaucoup étaient installées autour de la faculté de Médecine et fleurirent jusqu'à la création de la clinique obstétricale. La plus célèbre fut le collège des étudiants en médecine de la rue St Victor décrit par Wickensheimer. Ils payaient aussi 12 francs les femmes en couches qui consentaient à s'abandonner à leurs soins. Celles-ci d'ailleurs, souvent, rentraient chez elles à pied et profitaient d'aller boire ce qu'elles avaient gagné.

Baudelocque consacra beaucoup de son temps à l'enseignement des Sages-Femmes mais sa grande réputation lui fit prodiguer ses soins aux Reines et Princesses d'Europe. Il s'entendit très bien avec Madame La Chapelle dont il admirait l'habileté manuelle, la souplesse et la délicatesse de main. Il lui confiait le soin de terminer les accouchements difficiles. Les dernières années de sa vie furent assombries par ses échecs, dans la pratique de la césarienne, qui furent exploités par le triste Sacombe. Cependant un certain nombre de succès étaient signalés en province en particulier par Bacqua à Nantes (1806). Il laissa alors Madame La Chapelle prendre toutes les responsabilités à la Maternité.

Il mourut prématurément en 1810. Les candidats à sa succession furent nombreux. La nomination de Pelletan, déjà professeur de clinique, fut soutenue par ses amis comme devant permettre les réformes si demandées par les étudiants en médecine. Finalement Antoine Dubois fut nommé et les statuts de la maternité restèrent inchangés. Celui-ci fut très apprécié comme professeur par les Sages-Femmes. Il ne put comprendre l'origine des épidémies qui ravageaient sa maternité "que faire pour prévenir cette mortalité se demande t-il ? Sous le rapport des médicaments on ne se refuse rien. Sous le rapport de la salubrité les salles ont été assainies, le mobilier renouvelé entièrement et depuis changé aussi souvent qu'il est nécessaire. Sous le rapport des

soins je ne pense pas qu'il soit possible de faire ni plus ni mieux que Madame La Chapelle". Delaunay dans son livre "La Maternité de Paris" cite les statistiques de mortalité maternelle de la Maternité de Port Royal à cette époque (voir 1ère planche).

La proportion des mortalités y reste à peu près la même que dans l'Ancien Hôtel-Dieu.

Madame La Chapelle fut victime de son zèle et de son courage. Elle consacra toute sa vie aux autres et négligea, chez elle, les atteintes d'une grave maladie (cancer de l'estomac). Elle était de constitution délicate et le mal l'affaiblit rapidement pour l'emporter au milieu de longues et cruelles douleurs qui ne purent porter atteinte à sa patience et à sa résignation. Le Moniteur Universel du Samedi 6 Octobre 1821 apprit aux Parisiens la nouvelle de sa mort et lui rendit un dernier hommage.

Madame Boivin, fidèle à sa promesse, refusa de lui succéder. Le Conseil Général des Hôpitaux et Hospices de Paris nomma Madame Le Grand, une de ses anciennes élèves, pour la remplacer. Mais cette dernière n'eut pas sa réputation et la renommée de l'école diminua.

L'OEUVRE DE MADAME LA CHAPELLE

L'Etude de son oeuvre nous a paru très instructive. Son livre sur la "Pratique des Accouchemens" est un recueil complet d'obstétrique, du moins des connaissances de cette époque. Il vise à l'enseignement des Sages-Femmes, aussi comporte-t-il une partie théorique suivie immédiatement de compte-rendus d'observations que Madame La Chapelle a méthodiquement réunis en trente années de pratique obstétricale.

"Les exemples persuadent bien mieux que les simples raisonnements et l'expérience donne la perfection à tous les arts" (Mauriceau, tome II, préface).

Notre but ne sera pas de retranscrire le contenu de cette oeuvre. Nous nous efforcerons de mettre en valeur les éléments permettant de comprendre l'obstétrique de cette époque, et de saisir de temps en temps des artifices de technique peu employés de nos jours, où la césarienne a pris une importance considérable, alors insoupçonnée.

Les trois tomes de son livre sont divisés en différents mémoires qui peuvent être séparés en trois grands chapitres.

. Le premier traite de considérations générales sur les différentes présentations : nombre, fréquence, permanence, diagnostic, causes, pronostic, indications et techniques opératoires.

. Le deuxième traite des différentes présentations : vertex, face, extrémité pelvienne du foetus, épaule. (voir 2ème planche). Chacune est étudiée d'un point de vue théorique et d'un point de vue pratique grâce à diverses observations.

. Le troisième traite de la pathologie obstétricale : hémorragie utérine et avortement, éclampsie, rupture et déchirure des organes génitaux, procidences, obstacles dépendant des parties

molles, obstacles dus au bassin. Chaque pathologie est également accompagnée d'observations judicieusement choisies.

Enfin elle regroupe dans des tableaux les observations assemblées en trente années d'exercice. Elle recouvre ainsi deux périodes : des 6 derniers mois de l'an XI à la fin de 1811 portant sur 15 481 accouchements, et du 1er janvier 1812 au 31 décembre 1820 portant sur 21 960 accouchements. Nous y trouvons la fréquence des différentes présentations avec le type d'accouchement pratiqué et le résultat foetal.

Ces tableaux sont reproduits à la fin de notre ouvrage. (voir 3ème planche).

LES CONSIDERATIONS GENERALES

Baudelocque en 1781 décrivit 94 positions obstétricales du foetus "Nous diviserons les divers accouchemens en presque autant d'espèces générales que les Anatomistes ont assigné de régions sur le corps de l'enfant". Art des Accouchemens Tome 1.

"Il n'en est que 22, écrit Madame La Chapelle, dont 30 années de pratique m'aient confirmé l'existence. Pas de position du col, ni du tronc, du ventre, de la poitrine, du dos et des côtes, les auteurs se sont copiés les uns les autres à ce sujet sans avoir eu d'observations".

D'emblée nous nous apercevons de l'indépendance de son esprit. Tout en vénérant son maître, elle n'hésite pas à montrer son désaccord, ni même à regretter qu'il ait persévéré dans certaines de ses erreurs.

Le diagnostic d'une présentation est fait presqu'uniquement à cette époque, par le toucher vaginal. Le palper abdominal semble peu apprécié. Cependant elle reconnait avoir identifié plusieurs fois l'attitude du foetus par la forme du ventre de la femme en particulier si celle-ci est maigre. L'auscultation foetale n'ayant été appliquée par Le jumeau de Kergaradec qu'en 1821, elle reconnait en avoir très peu l'expérience.

Un problème important est de savoir à quel moment il faut provoquer la rupture des membranes. En effet pratiquée trop tôt, le travail s'arrête, alors qu'ensuite, il en est accéléré. Pour se décider, elle se base sur "son instinct médical et un ensemble de petites probabilités : absence de malformations de l'utérus et du bassin, forme favorable du ventre, dilatation commencée, orifice aminci, tendance de la tête à s'engager au détroit abdominal, existence d'eau entre la tête et les membranes".

Madame La Chapelle croit à la grande fréquence de la position du vertex à cause du poids de celui-ci. Les autres po-

sitions sont dues à des mouvements brusques du foetus ou à un traumatisme maternel. Les positions hybrides ou imparfaites sont dues à des vices du bassin ou à une obliquité de l'utérus.

Le pronostic est d'autant plus favorable qu'il s'agit d'une position fléchie du vertex. Il devient défavorable si le travail dure, si les membranes ont été rompues précocement, si diverses manoeuvres ont été tentées. Elle reconnaît cependant son incapacité à comprendre pourquoi tant de foetus résistent à des conditions d'accouchement très défavorables tandis que d'autres meurent très rapidement.

Les indications et techniques opératoires sont très intéressantes à étudier. C'est l'époque du forceps de Levret et de la version par manoeuvres internes. Mais certains auteurs en ont abusé, causant de graves préjudices aux parturiantes. Aussi Madame La Chapelle préfère t-elle laisser d'abord agir la nature ; si celle-ci se révèle insuffisante, elle préconise d'aider manuellement à la sortie de la partie qui se présente ; ce n'est qu'en cas d'échec qu'il faudra changer la position.

Pour aider à la sortie de la partie qui se présente, il faut agir sur la mère ou sur l'enfant.

Elle nous conseille d'abord, (l'épisiotomie étant inconnue à cette époque) de dilater les parties maternelles. "Il ne s'agit pas de les détendre, de tirailler l'orifice, le vagin, la vulve mais plutôt de favoriser l'élargissement et l'ampliation des passages en les humectant, en les ramollissant, en diminuant leur éréthisme par des fumigations d'eau pure, des injections d'eau tiède et surtout les bains et la saignée du bras". Madame La Chapelle, dans ses diverses observations, semble en être contente et ne provoque que très rarement des déchirures du périnée, même après avoir mis un forceps. On doit regretter l'emploi abusif de la saignée dont elle trouvera à tort bien d'autres indications comme on le trouvera par la suite.

Le muscle utérin étant involontaire, il est possible de l'exciter de manière réflexe, en agissant sur les muscles abdomi-

naux. Il faut faire marcher la parturiante, provoquer des frictions circulaires de l'abdomen. Enfin, une pression sur la vulve, les muscles transverses du périnée et le releveur de l'anus détermine un ténesme qui force la femme à pousser et qui croit le spasme de la matrice.

Il est aussi conseillé de redresser l'obliquité utérine de façon à mieux diriger ses forces. Une vessie pleine est aussi capable de ralentir un travail et il faudra la sonder.

La plupart de ces techniques nous paraissent périmées à l'époque des perfusions pour lutter contre les inerties utérines. Cependant Madame La Chapelle nous assure qu'elles sont efficaces et permettent la reprise des contractions utérines.

Les moyens d'action sur le foetus sont variés. Si l'enfant est mort on peut employer le crochet aigu qui est appliqué sur l'occiput, le front, la face mais jamais sur les parties latérales. Le crochet mousse est moins dangereux, il est surtout employé après le perce-crâne. Ce dernier en diminuant le volume du crâne permet la terminaison de l'accouchement. Les ciseaux de Smellie sont aussi employés. On les pénètre dans une suture ou une fontanelle, en pinçant puis en agrandissant l'ouverture par l'écartement de ses branches.

Si l'enfant est vivant, c'est le forceps de Levret qu'elle emploie en lui imprimant son fameux "Tour de Spire" qui la rendit célèbre.

"Voici comment je procède à son placement, la branche à placer (droite ou gauche suivant les cas), tenue comme une plume et appuyée en travers sur l'aîne opposée au côté où elle doit passer, j'insinue l'extrémité de cuiller au devant du ligament sacro-sciatique ; puis, à mesure que j'enfonce, j'abaisse le crochet et je le ramène peu à peu entre les cuisses, jusqu'à l'incliner fort bas au dessous du niveau de l'anus ; par ce mouvement, je fais décrire à l'extrémité de la cuiller un mouvement en spirale que les doigts introduits dans le vagin dirigent et perfectionnent. Ce mouvement porte la cuiller en même temps en

avant et en haut ; il lui fait cerner la tête par un trajet oblique que représenterait une ligne étendue du ligament sacro-sciatique à l branche horizontale du pubis et tracée à l'intérieur du bassin... Le mouvement de spirale n'est facile que quand la tête a dépassé le détroit supérieur ; au-dessus de lui, ce mouvement n'est plus possible, il faut enfoncer tout de suite la cuiller .. J'introduis ensuit la deuxième branche.. Les deux branches placées, je les articule sar effort et sans secousse, je rapproche seulement avec les mains les crochets du forceps. Dans le cas contraire, je les serre avec une li ture solide pour empêcher l'instrument de lâcher prise". Tel est le "Tour de Spire" que Madame la Chapelle a donné pour placer la branch antérieure en bonne position. On remarquera que, contrairement aux d nées habituelles, elle met d'abord en place la branche antérieure qu doit effectuer un mouvement hélicoidal, puis la branche postérieure.

Elle imprime d'abord une rotation à la tête pour amener l'o ciput sous la symphyse pubienne puis elle tire vers le bas pour fair franchir le détroit supérieur, elle relève enfin les branches du forceps au fur et à mesure que la tête descend, de façon à ce qu' elles soient presque perpendiculaires au pubis lorsque la tête est d les parties molles. Baudelocque continue alors à tirer en renversant le forceps vers l'abdomen mais il provoque des déchirures périnéales aussi, préfère-t-elle laisser le soin à la mère de terminer l'accouc ment en retirant le forceps lorsque la tête est à la vulve.

Madame La Chapelle s'efforce d'appliquer les branches du forceps sur les faces latérales de la tête foetale mais elle recon- nait qu'assez souvent elle les place comme elle peut. "En Russie, on applique ces branches sur les côtés du bassin sans s'inquiéter de la position de la tête".

Les indications qu'elle donne du forceps seront détaillées avec chaque présentation. D'une manière générale on peut dire qu'ell sont assez larges, mais elle attend que l'inertie utérine ne puisse terminer l'accouchement, que, membranes rompues, la dila- tation du col soit coplète ou presque complète. Il faut que la présentation soit céphalique, (elle proscrit le forceps fait sur les fesses) et qu'elle soit au niveau du détroit supérieur. Au

dessus de celui-ci elle préfère la version. Elle ne s'en sert pas sur une tête dernière.

Il nous reste à étudier les techniques visant à changer la présentation.

Madame La Chapelle croit, contrairement à beaucoup d'accoucheurs de son époque, qu'il est souvent inutile d'essayer par une main intra-vaginale de ramener une mauvaise position (comme celle de l'épaule) en une plus favorable (vertex) sauf s'il s'agit d'une présentation inclinée ou surtout mal fléchie (bregma) qu'elle transforme en face.

Ses préférences vont donc à la version par manoeuvre interne.

"La main, quelle qu'elle soit, est introduite de manière à présenter sa moindre épaisseur au diamètre transversal de la vulve. Pour pénétrer dans l'utérus, on attend l'intervalle des douleurs..." Levret rompt de suite les membranes. "Pour moi, j'ai toujours, au contraire, trouvé un grand avantage à insinuer la main jusqu'aux pieds de l'enfant, et à n'ouvrir les membranes qu'en saisissant ces derniers... Je rends ainsi l'évolution du foetus très facile et tout à fait innocente grâce au liquide amniotique qui s'écoule... Il est presque toujours nécessaire de repousser du côté opposé à celui où l'on passe la partie qui se présente... Il faut ensuite suivre le côté du foetus et arriver à coup sûr aux jambes et aux pieds". D'une manière générale il faut amener les deux pieds à la vulve, parfois un seul a été trouvé. "Toutes les fois qu'une partie autre que la tête s'offre au détroit supérieur, on peut très bien, à mon avis, tirer sur un seul membre... l'autre membre s'étend sur l'abdomen et sort avec lui. Les pieds extraits je tire sur eux... Ces tractions doivent être graduelles et lentes... Je tire davantage sur un membre, sur celui le plus voisin des pubis, et si je n'en ai qu'un, je tire en le tournant de ce côté. Je fais ainsi tourner favorablement la face en dirigeant les orteils en arrière et je fais descendre beaucoup le foetus

parce-que je tire dans l'axe du détroit supérieur... Je dirige les hanches ainsi dans un diamètre oblique du bassin et dès que celles-ci sont sorties, je tire directement en bas". Presque toujours le dos tourne en avant et il ne faut pas contrarier ce mouvement. "Quant au dégagement des bras, il est de règle de commencer par celui qui est dans la concavité du sacrum... Les bras dégagés, la tête reste encore au détroit supérieur. Deux doigts introduits dans la bouche abaissent le menton, l'enfoncent en premier dans l'excavation et font passer des diamètres favorables... Si la face se trouve en avant il faut mettre une main dans la concavité sacrée saisir l'occiput, le tourner de façon que le menton arrive dans la concavité sacrée et la parcourt. L'autre main appliquée sur les épaules en forme de double crochet fait descendre la présentation. Puis il s'agit de soulever la totalité du tronc pour faire sortir la tête de la vulve".

Retenons que Madame La Chapelle n'épilogue pas, comme les auteurs classiques, sur les règles compliquées pour établir quelle main il faut introduire ou quel pied foetal il faut saisir. Elle se base sur le bon sens en essayant de se représenter la variété de position. Dans ses observations nous voyons qu'il lui arrive de se tromper de main, elle n'hésite pas alors à la changer.

Nous voici en possession des moyens mis à la disposition d'une Sage-Femme au début du XIXème siècle pour terminer un accouchement dystocique. Forceps et version par manoeuvre interne sont alors très employés.

Un seul point reste à élucider c'est la position obstétricale. Dans ce domaine, une grande divergence d'opinions règne à cette époque : chaises ou lits obstétricaux. Madame La Chapelle n'emploie jamais la chaise, elle préfère le lit qu'elle applique contre une muraille. La femme y est placée en travers et on lui met des oreillers pour soutenir la tête et les épaules. Son siège arrive au bord du lit et ses pieds reposent sur les genoux de deux élèves assises l'une vis-à-vis de l'autre. Deux autres

élèves assises à côté des oreillers maintiennent les épaules de la femme. Elle trouve cette méthode pratique, facilement reconvertible en lit normal, mais elle reconnait n'avoir jamais manqué d'aides.

DIFFERENTES PRESENTATIONS

Nous étudions maintenant chacune des positions décrites par Madame La Chapelle. (voir 2ème planche)

- Position du vertex.
- Position de la face.
- Position de l'extrémité pelvienne du foetus.
- Position de l'épaule.

Position du vertex

Dans sa nomenclature, elle porte la référence de Baudelocque, nous y ajouterons la dénomination actuelle.

Elle divise ses positions en :

. Positions franches

1/ Occiput à G. en avant	1° de Baudelocque,	OIGA actuellement
2/ Occiput à D. en avant	2° de Baudelocque,	OIDA actuellement
3/ Occiput à D. en arrière	4° de Baudelocque,	OIDP actuellement
4/ Occiput à G. en arrière	5° de Baudelocque,	OIGP actuellement
5/ Occiput à G. transversale		OIGT actuellement
6/ Occiput à D. transversale		OIDT actuellement

. Positions hybrides ou intermédiaires c'est à dire ne prenant pas franchement un diamètre oblique ou transversal du bassin.

1/ Tête presque transversale.
2/ occiput vis-à-vis d'un des pubis.
3/ Occiput vis-à-vis d'une des échancrures supérieures du sacrum.

. Positions inclinées ou incomplètes c'est à dire mal fléchies, trop fléchies ou n'étant pas d'aplomb par rapport au détroit supérieur.

4/ Frontales et bregmatiques
5/ Occipitales
6/ Pariétales

} Le front, le bregma, l'occiput, un pariétal se trouvant au centre de l'excavation pelvienne.

Le diagnostic se base sur le toucher vaginal qui met en évidence la grande fontanelle losangique, la suture interpariétale et la petite fontanelle de forme triangulaire. La variété de position est établie grâce à la situation de ces fontanelles par rapport à la postérieure, la déflexion par l'inverse et la non perception de la fontanelle postérieure.

Le mécanisme de l'accouchement a été bien décrit par Baudelocque avec l'engagement, la rotation, la descente, le dégagement.

L'accident que Madame La Chapelle redoute le plus est l'enclavement, c'est à dire "la tête, serrée par deux points diamétralement opposés, ne peut plus ni remonter ni s'enfoncer". Elle le différencie de l'inertie utérine et de l'arrêt de la descente car souvent, les contractions utérines peuvent reprendre "Ne pas désespérer trop tôt des ressources de la nature, et ne pas recourir trop tôt à des moyens violents".

Reproduisons un tableau sur la durée des accouchements en 1811.

Durée en heures	Nombre d'accouchements
2	257
3	257
4	329
5	212
6	317
7	142
8	230
10	174
12	173
15	67
18	31
24	26
30	9
36	6
48	4
60	1
Total	2335

La plus grande partie des accouchements ne dure pas plus de douze heures, ce qui n'est pas excessif sans recours médicamenteux, mais une bonne partie traine de 15 à 24 heures.

Les diverses observations, faisant suite aux principes généraux, montrent la marche à suivre qu'elle applique.

Dans les positions franches elle laisse agir au maximum la nature. Ce n'est qu'en cas d'inertie et de grande faiblesse de la part de la femme, qu'elle se décide à appliquer le forceps si la tête foetale est au détroit supérieur et la dilatation du col bien avancée. Notons une de ses réflexions après un accouchement s'étant mal terminé.

"Les suites fâcheuses de cet accouchement doivent-être attribuées en grande partie à la longueur du travail. Sans doute nous eussions pu opérer plus tôt ; mais l'espérance d'une termi-

naison spontanée nous a longtemps retenu. Ce n'est pas une chose indifférente qu'une application de forceps, et l'on ne doit point s'y décider à la légère et pour des craintes vagues et fondées sur des probabilités très douteuses". Cependant la constatation d'un bassin rétréci fait interrompre précocément l'action de la nature.

En cas d'échec de la pose du forceps ou de présentation élevée avec un col peu dilaté il faut faire une version par manoeuvre interne en respectant le plus longtemps possible les membranes.

Dans les présentations intermédiaires et incomplètes elle laisse agir la nature qui souvent les transforme en positions franches. Elle n'essaie jamais de réduire manuellement ces positions contrairement à certains accoucheurs de son époque.

Terminons sur les positions du vertex en citant une observation montrant bien la difficulté de l'art des accouchements à cette époque.

Il s'agit d'une femme rachitique rentrant à la maternité en pleines douleurs. Elles conduisent à une dilatation complète et à la rupture des membranes sans que la tête s'engage. Madame La Chapelle essaie vainement de poser un forceps. Les mouvements du foetus n'ayant pas été perçus depuis longtemps elle perce le crâne. Par le trou formé elle accroche un crochet aigu qui permet la descente de la tête et sa sortie grâce à un nouveau forceps. Il se produit alors une dystocie des épaules avec entraînement du vagin formant un bourrelet à l'intérieur de la vulve, une constriction de la matrice sur le corps de l'enfant, un resserrement de l'orifice interne du col sur le cou du foetus. Elle est réduite grâce aux crochets mousses. La femme mourut quelques jours plus tard de "Fièvre puerpérale".

Position de la Face

"Il s'agit de positions, écrit Madame La Chapelle, dans lesquelles le foetus présente à l'orifice utérin quelqu'une des parties comprises entre la fontanelle antérieure et le larynx,

entre une oreille et l'autre".

Dans sa nomenclature elle considère :

. Les Positions franches

1/ Front à gauche ou 3° de Baudelocque.
2/ Front à droite ou 4° de Baudelocque.

Elle rejette les 1° et 2° de Baudelocque où le front se trouve directement en avant ou en arrière.

. Les Positions diagonales ou intermédiaires horizontales.

Le front se trouve un peu en avant ou un peu en arrière par rapport à la transversale.

. Les Positions inclinées dans lesquelles se présentent franchement au centre de l'excavation le front, le menton ou un malaire (une joue).

Elle eut le mérite de bien expliquer le mécanisme de ces présentations et de conclure ainsi à leur caractère eutocique contrairement aux opinions de l'époque. Elle décrit bien la rotation horizontale amenant le menton du foetus sous le pubis maternel et permettant la flexion de la tête. Si la rotation de la tête se fait en arrière l'enclavement est inévitable.

"Je le crois, et je soutiens impossible la terminaison d'un accouchement par la face quand le menton est en arrière à moins qu'on ait affaire à un véritable avorton".

Les positions inclinées du Front ne peuvent se terminer spontanément à moins qu'elles ne se réduisent en une autre présentation (face ou vertex).

Le diagnostic par la perception, au toucher vaginal, de tous les éléments de la face allant du front au menton : dans la présentation du front on sent en même temps la fontanelle antérieure et la racine du nez.

Madame La Chapelle ne suit pas les auteurs de son époque qui s'empressent d'agir dans les présentations de la Face en tentant de redresser la tête pour en faire une position du vertex dans les présentations basses. Elle préconise au contraire

de laisser agir la nature en aidant si possible la rotation de la tête et en soutenant le périnée. En cas d'inertie utérine, elle applique un forceps, si l'enfant est vivant, en amenant le menton sous la symphyse pubienne et en produisant la flexion de la tête. Si l'enfant est mort elle applique un crochet sur la mâchoire inférieure.

Dans les positions inclinées, le forceps, le crochet ou la main doivent essayer de restituer une position franche. Ceci étant très difficile, il est souvent nécessaire de faire une version.

Dans les positions du front, elle préconise sa transformation en position de la face. Pour cela, elle empêche le front de descendre à chaque contraction et elle tire sur le menton à l'aide de deux doigts recourbés en crochet. Elle assure la facilité de cette technique, contrairement à celle pratiquée à son époque, qui consiste à transformer le front en vertex et qui est le plus souvent vouée à l'échec. Elle n'a que très rarement recours à la version.

Les diverses observations qui suivent ce mémoire illustrent très bien ces données théoriques. Elle nous décrit très bien l'accouchement spontané et relativement facile des présentations de la face et même du bregma. La présentation du front au contraire, sans intervention, aboutit à la mort foetale et au modelage de sa tête.

"La tête s'est déformée, s'est aplatie, et de cette manière seulement s'est accomodée aux diamètres des deux détroits et de l'excavation".

Positions de l'extrémité pelvienne du foetus

Baudelocque dans cette rubrique décrit un très grand nombre de positions. Madame La Chapelle dit son désir de toutes les réunir sous la même nomenclature, mais ne pas oser le faire.

"Pelotonné comme de coutume le foetus peut présenter, sans changer réellement d'attitude, soit les fesses, soit les pieds, soit même les genoux ; il suffit pour produire ces différences d'un degré de plus ou de moins dans la flexion ou l'extension des membres inférieurs ... Peut-être aurait-on pu ne faire des trois qu'un seul genre de position, mais cette division nouvelle aurait trop fortement choqué les opinions reçues".

Dans sa nomenclature elle garde donc les trois genres de présentations de l'extrémité pelvienne : Fesses, pieds et genoux.

Ces présentations sont :

. Soit Franches

- Pour la présentation des fesses, les lombes sont prises comme repère. Celles-ci sont situées :
  - Dans la première espèce à gauche
  - Dans la deuxième espèce à droite
  - Dans la troisième espèce en avant
  - Dans la quatrième espèce en arrière
- De même dans la présentation des pieds, le repère pris est les talons qui peuvent se trouver à gauche, à droite, en avant, en arrière (1ère et 4ème espèce).
- Enfin dans la présentation des genoux, le repère pris est les fesses qui peuvent aussi se trouver à gauche, à droite, en avant, en arrière (1ère et 4ème espèce).

. Soit intermédiaires, imparfaites, inclinées. Ces divers genres peuvent aussi se mettre dans un diamètre diagonal du bassin, (le repère de la présentation se trouvant en avant ou en arrière). On peut trouver également au centre du bassin :

- Les parties génitales
- Le coccyx par bascule du bassin. C'est la position des lombes de Baudelocque.
- Une seule fesse par inclinaison latérale du bassin. C'est la position de la hanche de Baudelocque.

- Un seul pied ou un seul genou, l'autre étant retenu
- Plus rarement la face entérieure des cuisses, (les jambes étant portées en arrière) ou des jambes.

En fait cette division en trois genres ne se retrouve plus dans la suite de l'oeuvre de Madame La Chapelle. Elle a bien su montrer que la mécanique de l'accouchement et la conduite thérapeutique ne sauraient que très peu varier.

Le toucher vaginal reconnaît les fesses, les genoux, les pieds, Les orteils sont reconnaissables à la "régularité de la rangée qu'ils forment, leur brièveté, la partie fixe et large qui leur sert de soutien". On les différencie des doigts qui sont "fléchis vers la paume de la main, rarement rangés avec régularité, le pouce est d'ailleurs séparé des autres doigts, et enfin ils sont soutenus par une partie petite et mobile". En plus les pieds sont toujours fléchis sur les jambes, le talon en est la partie la plus basse.

Dans ce genre d'accouchement il faut comme toujours laisser agir la nature.

"Je n'hésite pas à dire que les accouchemens par les fesses ne sont pas, en eux-mêmes, aussi fâcheux que l'on a cru et que dans la grande majorité des cas, les seuls efforts de la nature suffisent à l'expulsion du foetus".

Mais elle reconnait qu'il faut assez souvent aider à la sortie de la partie qui se présente. Dans les présentations des fesses et des pieds, les doigts de l'opérateur peuvent accrocher les aînes du foetus (en commençant par celle voisine du pubis) et permettent la sortie de l'extrémité pelvienne. Ce n'est qu'en cas de difficultés pour les atteindre, qu'il faudra employer les crochets mousses ; les lacs n'ont pas d'intérêt car il faudrait que les parties soient basses pour pouvoir les passer sans peine. Dans la présentation des genoux, les doigts ou même les lacs sont facilement applicables aux creux poplités.

En cas de rétention de tête dernière, elle conseille d'introduire une main dans l'excavation pelvienne de façon à fléchir la tête en mettant deux doigts dans la bouche et à ramener la face en arrière si elle est en avant. Elle déconseille la méthode d'Asdrubali reprise ensuite par Bracht et qui consiste à relever le tronc de l'enfant de façon à faire parcourir à la face foetale le sacrum, le coccyx et le périnée. Elle considère le cou trop peu flexible pour imposer ces mouvements à la tête.

En cas de positions inclinées elle recommande de rectifier les obliquités utérines, d'aller chercher la fesse éloignée pour la ramener vers le centre de l'excavation pelvienne ce qui est parfois difficile.

La terminaison manuelle d'un accouchement de l'extrémité pelvienne du foetus en allant chercher les pieds n'est faite qu'en cas d'absolue nécessité. (Hémorragie - convulsions - inertie etc...)

Dans les différentes observations qui suivent, Madame La Chapelle passe en revue les différentes techniques dont elle vient de poser les indications. Dès qu'une instrumentation devient nécessaire le pronostic foetal est réservé.

Positions de l'épaule

Dans la nomenclature de ces positions on trouve deux genres selon que l'épaule droite ou l'épaule gauche se présente au détroit supérieur. Dans chaque genre Madame La Chapelle considère deux espèces selon que la tête se trouve à gauche ou à droite. Dans les variétés, elle classe les positions s'orientant suivant un diamètre diagonal du bassin, présentant au centre de l'excavation pelvienne soit un acromion, soit un cubitus, soit une clavicule, soit une omoplate.

"C'est dans les variétés inclinées que se rangent toutes les positions décrites par les auteurs comme des positions franches du cou, du thorax, de l'abdomen même.. Nous n'admettons pas l'existence réelle des positions de l'oreille, du côté du cou, du flanc, de la hanche".

L'accouchement spontané de ces positions ne peut se produire que par altération de l'attitude du foetus.

"L'épaule ne peut s'engager dans le détroit supérieur sans que la tête ne se renverse vers l'épaule opposée. L'extrémité pelvienne se soulève et les contractions utérines agissent sur elle. La résistance de l'épaule fait que l'abdomen aura tendance à descendre pendant que la poitrine se soulève. L'abdomen entraîne l'extrémité pelvienne, les fesses s'avancent vers la vulve et le foetus sort". Naturellement le foetus devra être un avorton autrement c'est l'enclavement, la mort foetale, parfois la rupture utérine.

Le fait de ne rien sentir à travers des membranes intactes permet déjà de soupçonner le diagnostic. Après la rupture de la poche des eaux le moignon de l'épaule est senti.

Ce n'est donc que très rarement que l'on peut laisser agir la nature. Aider le mécanisme naturel de l'accouchement semble possible mais souvent difficile et fâcheux. Tirer sur un bras procident est déraisonnable et voué à l'échec sauf s'il s'agit d'un avorton. Amener les fesses à l'orifice utérin est impraticable. Tirer sur le bras procident après section du cou de l'enfant est faisable si l'enfant est mort alors que la rétraction de l'utérus rend la version impossible.

La version semble donc bien la technique la plus recommandable si l'utérus n'est pas rétracté.

Dans le cas de la procidence d'un bras, jusqu'à Delamotte, on tentait sa réduction "soit en forçant l'enfant à le retirer par l'application de corps froids (Charles de St Germain) ou par des pincemens (Deventer), soit en le poussant directement, pour soulever en même temps l'épaule et faciliter le passage de la main de l'accoucheur (Dionis), soit encore en pressant sur le pli du coude de manière à ployer toute l'articulation (Antoine Petit)". Si la réducti était impossible il fallait pratiquer "L'amputation du bras le plus haut possible (Smellie) ou bien il fallait le tordre et l'arracher (Mauriceau)". Naturellement de telles techniques nécessitaient un enfant mort mais "Delamotte a vu naître vivant un enfant à qui on avait arraché le bras et ouvert le crâne".

Madame La Chapelle s'insurge contre ces procédés barbares surtout, dit-elle, qu'un bras sorti ne l'a jamais empêché de passer sa main pour aller chercher les pieds.

Nous venons de terminer l'étude de la partie du livre de Madame La Chapelle consacrée aux différentes présentations. Par sa grande expérience, son souci de clarté, son désir constant de sauvegarder la vie de la mère et si possible celle de l'enfant, elle a apporté beaucoup à l'obstétrique. Ne décrire que vingt-deux positions obstétricales, alors que son maître Baudelocque en décrivait une pour chaque partie du corps du foetus est certainement hardi pour son époque mais elle affirma ses conceptions avec fermeté. Elle a laissé son nom au fameux "Tour de Spire" appliqué au forceps pour lui permettre une bonne préhension de la tête foetale. Sa technique de la version par manoeuvre interne semble parfaite surtout en conservant l'intégrité des membranes.

Forceps et Version avaient sa préférence sur la césarienne qui était souvent mortelle à son époque. Elle en pose très bien les indications en préférant laisser agir la nature au maximum "Il est peu d'accouchemens nous dit-elle, dont la nature (chez un sujet bien formé) ne peut venir à bout, quelle que fut la position du foetus".

Les descriptions cliniques de chaque présentation avec leurs indications thérapeutiques sont très bien décrites dans son livre. Elle eut le grand mérite de proner l'eutocie de la présentation de la face alors que Baudelocque s'étonnait lorsqu'une telle présentation arrivait à son terme naturel. Elle démontre enfin le caractère dystocique du front qu'elle transforme facilement en Face et non en Vertex comme on tentait de le faire, avec beaucoup de difficultés, à son époque.

PATHOLOGIE OBSTETRICALE

La pathologie obstétricale est encore mal connue et expliquée au début du XIXème siècle. Madame La Chapelle la divise en

deux parties :

Les accidents.

Les obstacles.

Accidents:	Du côté de la mère:	Hémorragie. Avortement convulsions ruptures intérieures et extérieures.
	Du côté du foetus :	Procidence d'une main, du cordon etc. Blessures, arrachements, mort difformités.
Obstacles:	Dépendant de la mère et siégeant dans	L'utérus : G.E.U. obliquités - rigidité inertie.
		Le vagin et les parties externes
		Le bassin
	Dépendant du foetus	Jumeaux
		Difformités. Hydrocéphale etc.

Hémorragie utérine et Avortement

Dans ces hémorragies Madame La Chapelle fait abstraction de celles dues à une déchirure des organes.

L'hémorragie dans les premiers mois de la grossesse, nous dit-elle, provoque souvent un avortement par décollement du placenta. Elle croit l'utérus à ce stade non contractile habituellement, car fibrocartilagineux. Il ne prend une texture musculaire qu'en fin de grossesse. "Si la matrice était réellement contractile

dès les premiers temps de la grossesse, comment pourrait-elle souffrir d'une distension si considérable et si longtemps soutenue". C'est bien un phénomène encore non expliqué de nos jours.

Elle met en garde contre les avortements provoqués et leurs accidents. "Ces considérations sont bien capables sans doute de détourner de leur funeste projet toutes les femmes qui concoivent l'idée criminelle de rompre le cours d'une grossesse.. La chose est d'ailleurs souvent si difficile, et les moyens dont on se sert pour en venir à bout si actifs et si dangereux, qu'on a vu des malheureuses périr victimes de leurs efforts".

Le traitement préventif de ces hémorragies sera le repos, l'absence de rapports et la pharmacopée de l'époque. "Tout molimen analogue à celui des menstrues sera sur le champ combattu par une saignée légère, par des bains à peine tièdes, soit généraux, soit bornés aux pieds et aux jambes, par des sangsues et enfin des boissons émulsionnées, gommées, amilacées, bues à la température de l'atmosphère".

Si l'hémorragie est déclarée et abondante il faut pratiquer un tamponnement du vagin à l'aide de bourdonnets ou de pelottes de charpie tantôt sèches, tantôt un peu enduites de cérat ou de pommade mais jamais de solutions astringentes. Les douleurs et l'inflammation nécessitent un traitement antiphlogistique local ou même général (sangsues, bains, cataplasmes). La rétention placentaire est vaincue aux doigts, toute intervention instrumentale est dangereuse et inutile, y compris la pince à faux gerne de Levret dont on ne peut cependant nier l'utilité.

L'hémorragie après le 6ème mois peut avoir les mêmes causes et mécanismes mais, nous dit Madame La Chapelle "La majeure partie de ces pertes sanguines reconnaissent pour cause le décollement du placenta greffé sur l'orifice utérin". Le toucher vaginal, qui devra être prudent pour ne pas réveiller l'hémorragie, permet de sentir, par l'ouverture du col, une surface fougueuse, inégale, épaisse, peu élastique.

Leur traitement est souvent difficile. D'une manière préven-

tive la femme est mise au repos et on évite l'état de pléthore par quelques saignées. Nous retrouvons encore ici l'usage abusif de la saignée qui n'est évidemment pas justifiée dans le cas. Si l'hémorragie est abondante et le col non dilaté il faut se résoudre au tamponnement, qui a en plus le mérite d'exciter les contractions utérines. Si le travail est commencé et le foetus en bonne position la rupture des membranes arrête souvent l'hémorragie. En cas d'échec une version du foetus est nécessaire. Elle sera lente et complètée par une révision utérine pour ramener le placenta.

L'hémorragie pendant le travail est aussi due au placenta praevia qui peut s'échapper de l'utérus avant l'enfant. Rarement il s'agit d'une déchirure utéro-vaginale. L'accouchement est en général rapide.

L'hémorragie après un accouchement est due à une rupture utéro-vaginale, une rétention placentaire, un renversement de matrice mais surtout à une inertie utérine, par épuisement dû à un travail trop long ; par stupeur due à un accouchement trop rapide, par distension due à des jumeaux, un gros enfant, un excès de liquide.

Le traitement est surtout préventif "l'omission de la saignée pendant la grossesse expose à l'hémorragie après l'accouchement surtout si un état de pléthore a été constaté". On évite un travail trop accéléré ou trop prompt. On met la femme au repos et on traite les états fébriles et de pléthore.

Le traitement curatif comprend des sédatifs, des adoucissants et même des astringents. Le froid a un effet sédatif sur le système circulatoire, il est astringent sur les fibres musculaires. "L'air froid inspiré et mis en contact avec la peau, les fomentations les ablutions froides sur le ventre, sur les organes génitaux et les membres sont généralement employés et souvent avec un succès complet". La Digitale pourprée lui semble de peu d'effet. La révision utérine permet d'enlever les caillots et les résidus placentaires. En cas d'échec de ces thérapeutiques la compression de l'utérus entre

une main abdominale et une main vaginale, ou un bandage serré sur le ventre peuvent avoir un heureux effet. Rarement un tamponnement est nécessaire. Les thérapeutiques visant à lier les membres ou à comprimer l'aorte à travers la paroi postérieure de l'utérus de façon à diminuer la circulation sont à proscrire.

Les observations particulières suivant cet exposé montrent le triomphe des sangsues et de la saignée en cas de menace d'avortement, de la rupture de membranes et de la version en cas de placenta prévia.

Eclampsie ou convulsions puerpérales.

"Ce sont des convulsions de la femme enceinte participant de l'épilepsie et de l'apoplexie".

Madame La Chapelle note que ces accidents arrivent après un état de pléthore chez des femmes infiltrées et en fait une description clinique très détaillée. Elle les différencie mal de l'épilepsie.

Le pronostic en est fâcheux pour la mère si l'accouchement ne s'opère pas avec une grande promptitude. La mort foetale y est très fréquente.

Le traitement est surtout préventif en luttant contre la pléthore séreuse par des scarifications nombreuses, contre la pléthore sanguine par une saignée franche. Les médicaments employés sont à action antispasmodique (vésicatoires, sinapismes, digitale pourprée, camphre). L'application du froid sur la tête peut suppléer à la saignée.

Souvent il est nécessaire d'accélérer l'accouchement par la rupture des membranes, l'application de forceps ou la version par manoeuvre interne.

Les observations particulières sont consacrées à des crises d'éclampsie avant, pendant et après le travail. Les femmes faisant des crises d'épilepsie avant leur grossesse font souvent des crises d'éclampsie pendant celle-ci.

Ruptures et déchirures des organes génitaux

Madame La Chapelle les divise en :

- Ruptures ovariques et tubaires
- Ruptures utérines
- Ruptures vaginales
- Ruptures vulvaires et périnéales.

- Les ruptures ovariques et tubaires sont dues à de mauvaises implantations de l'oeuf. Avec Dubois elle rejette les insertions sur le mésentère, le sacrum, les fosses iliaques, le colon , l'estomac, les ligaments de l'utérus, tous les viscères abdominaux comme cela était décrit à son époque. Elle semble donc nier la possibilité de grossesses ectopiques.

Le diagnostic en est difficile et ne peut-être soupçonné que par la présence d'une tumeur dans le bassin entre le vagin et le rectum.

La description des évolutions naturelles de ces grossesses est assez impressionnante. Un faux travail aboutit à la rupture du kyste et à la mort foetale. A partir de là, il se forme "un abcès qui, en s'ouvrant par l'ombilic, l'hypogastre, l'aine ou quelqu'autre région du ventre, ou pénétrant dans la vessie, le rectum, l'estomac même, expulse à la fois le pus et les lambeaux du foetus ainsi que ses os séparés, dénudés ou encore unis ensemble. Parfois au contraire le foetus se déssèche, se putréfie se momifie et séjourne dans le corps de la mère pendant de longues années sans accident grave.

La conduite thérapeutique ne peut donc laisser agir la nature car la vie de la mère et de l'enfant sont en péril. L'indication est donc la césarienne. Madame La Chapelle ne l'aime guère aussi exige-t-elle avant d'y recourir que l'enfant soit à terme et vivant, qu'on ait la certitude que le sac tubaire soit rompu..

-Les ruptures utérines sont graves et redoutées. Elles sont dues à un traumatisme extérieur, à des contractions utérines agissant sur

un contenu qui résiste à ses efforts, ou à des manoeuvres intempestives en particulier un forceps mal placé.

Le diagnostic est fait sur la douleur brutale, l'hémorragie, les signes d'anémie, le toucher vaginal mettant en évidence la déchirure.

Les déchirures de l'orifice utérin sont souvent peu graves, elles peuvent cependant produire des hémorragies, des inflammations, des abcès. Celles du corps utérin sont au contraire fort redoutables. Les hémorragies, les abcès, les suppurations, les fistules provoquent souvent la mort de la mère et de l'enfant.

Le traitement est avant tout préventif. Il faut terminer rapidement l'accouchement si l'on craint une paroi utérine mince et tendue, arrêter les efforts inconsidérés de la femme dans les accouchements difficiles, mettre un bandage abdominal. La saignée contrairement aux croyances de Levret n'a pas ici d'intérêt. Le traitement curatif vise avant tout à sauver la vie de la mère. Les hémorragies des déchirures de l'orifice sont arrêtées par un tamponnement du vagin. Les suppurations nécessitent des bains, des infusions simples ou amères, des antiphlogistiques, des toniques en boisson. Si la lésion utérine n'atteint pas le péritoine on se contente de soins de propreté. S'il existe une fistule utéro-vésicale ou utéro-rectale, une sonde urinaire à demeure et des lavements permettent de favoriser la cicatrisation qui ne sera cependant jamais parfaite. Si la rupture communique avec l'abdomen, l'enfant restant intra-utérin, il faut extraire ce dernier avec le placenta en faisant attention de ne pas agrandir l'ouverture. Si l'enfant est passé dans l'abdomen on tâche de l'extraire par les voies naturelles en allant chercher les pieds à travers la déchirure s'il est mort, le bassin bien formé, la plaie large. Autrement, pour sauver la vie de l'enfant lorsque le passage abdominalest récent, on doit faire une laparotomie. Enfin le forceps est parfois appliqué si la tête se trouve dans le vagin alors que le corps est dans l'abdomen.

-Les ruptures vaginales sont moins graves mais posent souvent des problèmes. Elles sont souvent dues aux instruments employés par des mains inexpérimentées.

Elles peuvent être subites et donner des hémorragies nécessitant un tamponnement, une incontinence d'urine ou de matières fécales.

Les ruptures lentes succèdent à des chutes d'escarres donnant des fistules recto-vésico-vaginales inguérissables.
-Les ruptures vulvaires et périnéales sont parfois la source de grandes incommodités pour les femmes surtout si le sphincter anal atteint. Cependant dit Madame La Chapelle la guérison est possible. "J'ai vu deux fois une rupture propagée jusqu'à l'anus laisser, pendant sept à huit jours après l'accouchement, échapper malgré la volonté de la malade, les matières fécales, et, après cette période, commencer une période plus favorable, les matières êtres retenues d'abord par le gonflement de l'anus, puis par un véritable effort volontaire".

Le centre du périnée peut également se rompre sans que la fourchette soit endommagée. "Or, comme souvent, par pudeur, on reçoit l'enfant en découvrant le moins possible les organes de la mère , il ne faut pas conclure, comme certaines le font, qu'il passe par cette déchirure".

Les observations particulières montrent la gravité des grossesses ectopiques et des ruptures utérines. Elle se terminent en général par la mort de la mère à cette époque. Nous prendrons l'observation de cette femme qui présente un bassin étroit. Après trois jours de douleurs un accoucheur essaie de sortir l'enfant par forceps puis par version interne. Devant son échec il envoie la femme à la maternité où Madame La Chapelle découvre une rupture utérine avec sortie de l'enfant de la matrice. Les pieds étant près de la déchirure elle les saisit, les amène successivement à la vulve et sort un enfant mort. De l'épiploon est entraîné à l'extérieur, elle le réduit promptement. La femme mourut dans la journée.

Procidences

Madame La Chapelle distingue dans ce chapitre les procidences du cordon ombilical, d'une main, d'un pied, les espèces com-

posées. Elle insiste sur la fréquence de ces dernières. "La Procidence d'une partie favorise celle d'une autre, en lui servant, pour ainsi dire de guide et en lui ouvrant la voie : c'est ainsi qu'un pied ou une main précède et entraîne si souvent le cordon ombilical".

Le diagnostic, difficile si les membranes sont intactes devient facile après leur rupture. Il suffit de reconnaître le membre procident ou la forme noueuse du cordon avec ses battements. Reconnaître la vitalité de l'enfant est souvent difficile même sur l'aspect extérieur du cordon. "Les plus maigres, les plus grêles, ceux qui sont en apparence flétris, appartiennent parfois à des enfans vigoureux".

Les circulaires du cordon ont un bon pronostic (rarement strangulation ou gêne à la descente du foetus). La procidence d'une main si l'épaule se présente, ou des pieds si les fesses se présentent, permet à l'accoucheur de diriger l'accouchement. Si une main et un pied sont procidents, en général ce dernier descend pendant que la main remonte. Si une main se présente avec les fesses l'accouchement est possible car l'augmentation de volume est peu considérable. Si un pied se présente avec une épaule au détroit supérieur la version est facile. Si la tête se présente avec une main ou un pied, les deux parties peuvent être expulsées simultanément ou le membre procident se relève au dessus de la tête et celle-ci descend, ou la tête remonte et l'épaule se met en position.

Dans le cas de procidence du cordon le foetus risque de souffrir par asphyxie. "Sans traitement la procidence du cordon met fortement en péril les jours de l'enfant". Si le bassin est bien fait, les contractions énergiques, le col dilaté on laisse agir la nature et on réanime rapidement l'enfant par l'insufflation d'air dans les poumons à l'aide du tube laryngien de Chaussier et la saignée ombilicale. On retrouve encore le travers de Madame La Chapelle vis à vis de la saignée qui n'est pas plus indiquée ici que dans l'insertion basse du placenta.

Si rien ne presse il faut repousser le pied, la main ou le cordon dans l'utérus. "On a proposé plusieurs instrumens fort ingénieux pour reporter plus aisément le cordon dans l'utérus : tantôt une simple baleine échancrée ou garnie d'une épingle perforée, d'un cordon etc ; tantôt une gaine ouverte ou bien une sonde creuse

munie d'un anneau articulé et susceptible d'être ouvert et fermé au moyen d'un fil ; tantôt une sorte de fourchette cannelée etc, etc, ont été proposées successivement dans cette vue. La main et les doigts sont des instrumens bien plus simples et bien plus utiles". Madame La Chapelle repousse le cordon au dessus de la tête et du détroit supérieur, ce qui l'évite de redescendre, et les éponges ou compresses sont inutiles. "J'ai quelquefois été forcé de tenir la main dans, le vagin pendant plus d'une demi-heure, c'est-à-dire jusqu'à ce que deux ou trois douleurs eussent suffisamment fait avancer la tête pour rendre ensuite impossible la chute du cordon".

Ce n'est qu'en cas d'échec de la réduction qu'il faut employer le forceps ou la version. Baudelocque préfère se servir d'emblée de cette dernière.

Les observations particulières montrent le bon résultat de ces techniques et le peu de mort foetale.

Obstacles à l'accouchement

- Madame La Chapelle traite ici de l'inertie utérine, de l'obstacle du col et du bassin.

- Inertie utérine -

C'est "la faiblesse ou l'absence totale de contractions utérines". Elle se produit par épuisement après un travail prolongé ou par stupeur après un écoulement trop rapide des eaux ou un accouchement précipité.

Le traitement est préventif par une bonne conduite du travail. Les contractions utérines sont stimulées par la rupture des membranes. "Les frictions sur l'abdomen, les pressions légères sur le bord de l'orifice utérin ou sur le bord antérieur du périnée, m'ont toujours paru augmenter les douleurs existantes mais non réveiller un utérus en stupeur complète". Le repos complet fait souvent réapparaître les contractions. "Le froid et l'introduction

de la main sont les plus sûrs procédés pour resserrer l'utérus après l'accouchement... On a vanté le seigle ergoté, je l'ai essayé et j'atteste qu'il a été entre mes mains sans aucune efficacité". Cette assertion donne à penser que les préparations fournies à Madame La Chapelle n'étaient pas douées des propriétés pharmacodynamiques habituelles des extraits actifs.

- Obstacles mécaniques formés par le col de l'utérus.

Le col peut être un obstacle par simple déviation de son orifice, son obstruction par des mucosités gélatineuses et épaisses le rétrécissement du canal cervical, la dégénérescence fibreuse ou squirrheuse des bords ou des parois du col, le rétrécissement de l'orifice externe par des brides et des cicatrices provenant d'un accouchement précédent. Baudelocque signale des cas où "la matrice, distendue dans sa partie inférieure, s'est dilatée énormément, s'est approchée de la vulve et quelquefois s'est gangrenée, ou bien s'est rompue dans son corps sans que l'enfant ait pu se faire jour au dehors".

Il faut redresser l'obliquité de la matrice et non fixer le col au centre du bassin comme le préconise Baudelocque. Un spasme de l'orifice interne du col est vaincu par un doigt et non par des incisions (Smellie). "L'opium proposé en lavement par Asdrubali, donné à l'intérieur par d'autres, dans le but de faire cesser la constriction spasmodique de l'orifice peut avoir de bons effets, mais je ne me suis jamais vue dans la nécessité d'employer ce moyen, que j'ai peut-être trop négligé mais sur lequel je n'ai pu vaincre mes craintes".

- Obstacle dus au bassin.

A la suite de Baudelocque, Madame La Chapelle décrit très bien les différentes malformations du bassin.

Le détroit supérieur peut-être rétréci dans son diamètre antéro-postérieur ce qui lui donne une forme réniforme par avancement de l'angle sacro-vertébral, triangulaire si le pubis est en

plus déjeté en arrière, bilobé par saillie antérieure et postérieure. Si le diamètre transverse diminue, on a des détroits arrondis les pubis étant transversaux, ovalaires et cordiformes si les pubis sont anguleux, trapézoïdes, pyramidaux, trilobés.

L'excavation peut présenter des exostoses, le sacrum être rectiligne.

Le détroit inférieur est rarement vicié isolément. La brièveté du diamètre pubococcygien tient souvent à l'allongement du détroit supérieur dans le même sens. Les épines sciatiques peuvent être tournées en dedans.

Le diagnostic repose sur le toucher vaginal qui apprécie le diamètre promonto-sous pubien. "J'ai toujours donné comme marque d'une bonne conformation l'impossibilité de sentir la première vertèbre du sacrum". Madame La Chapelle rejette les pelvimètres de Contouchy et le compas de Stein qui provoquent des douleurs et des contusions. Elle emploie très peu les mensurations extérieures décrites par Baudelocque avec son diamètre conjugué externe allant du bord supérieur du pubis à l'apophyse épineuse de L5 et les diamètres obliques et transversaux (Bi-ischiatique).

Les rétrécissements du bassin sont souvent de mauvais pronostic pour la mère (rupture utérine, péritonite, adynamie, contusion des parties molles, écartement des symphyses), et pour l'enfant (mort, modelage de la tête).

Madame La Chapelle trouve les Accoucheurs trop interventionnistes. Baudelocque recommande l'accouchement spontané si le diamètre sacro-pubien fait plus de trois pouces et demi (9,8cm), le forceps jusqu'à 2 pouces et demi (7cm), la section pubienne jusqu'à deux pouces (5,6cm) et au delà la césarienne. Mais, dit Madame La Chapelle, dans la pratique, intervient aussi le volume du foetus et la forme du bassin.

Sa préférence va à la version par manoeuvre interne qui permet de bien diriger la tête foetale car le forceps est difficile sur une présentation souvent élevée. Elle rejette l'accouchement prématuré provoqué prôné par les auteurs Anglais car il est difficile

à réaliser et dangereux (hémorragie, épuisement, péritonite, modelage de la tête). La section de la symphyse pubienne décrite par Sigault provoque souvent des incontinences d'urine et des claudications. La césarienne est souvent funeste et cruelle. "On ne doit la pratiquer que quand on est sûr de sauver du moins les jours de l'enfant, si l'on a le malheur de perdre la mère". Les crochets et les perce-crânes ne sont employés que sur des enfants morts.

Les indications de ces différentes techniques dépendent de la vitalité de l'enfant. Celle-ci est très difficile à connaître. L'interrogatoire révèle si la grossesse a été émaillée d'accidents, si le travail a été long, si les membranes sont rompues depuis longtemps. Les signes sympathiques ont souvent peu de valeur, que ce soit : la puanteur de l'haleine par résorption des parties putrides du foetus ; le gonflement des mamelles et l'écoulement laiteux qui ne sera pas confondu avec du colostrum. Les signes locaux ont plus de valeur, que ce soit : la laxité de l'utérus et la facilité avec laquelle il tombe sur le côté ; l'absence des mouvements du foetus qui a une très grande valeur car ils ne sont jamais perçus si l'enfant est mort mais un enfant vivant peut remuer peu ; l'auscultation des bruits du coeur foetaux de Kergaradec donne de bons renseignements surtout en cas de positivité ; l'écoulement de matières putrides et de méconium a également de la valeur mais ce dernier peut provenir d'un enfant à peine affaibli ou d'une présentation du siège (l'anus du foetus au niveau du col émet du meconium par compression abdominale), les doigts du toucher vaginal peuvent provoquer des mouvements de la face ou de la main du foetus, ils peuvent reconnaître une peau du crâne infiltrée se décollant avec les cheveaux la pulsation des fontanelles est bien difficile à percevoir ; la sortie d'un membre permet de se rendre compte de l'état de la peau et de percevoir les pulsations artérielles ; enfin un cordon procident froid, flétri, putréfié ne battant plus depuis longtemps signe naturellement la mort foetale.

La deuxième partie du livre "Pratique des Accouchemens" permet de se faire une bonne idée des difficultés de l'obstétrique au début du XlXème siècle. Ce n'était certes pas une petite affaire que d'accoucher à cette époque si le moindre accident survenait. La vie de la mère étant alors très menacée, on se souciait moins de celle de l'enfant. Que faut-il penser de toutes ces interventions pratiquées sur des femmes non endormies ? Devant de telles cruautés Madame La Chapelle s'insurgeait contre l'interventionnisme des Accoucheurs de son époque, préférant laisser agir la nature jusqu'à l'épuisement de ses ressources.

Elle attira l'attention sur la fréquence de l'association de la procidence d'un membre avec celle du cordon. Son étude sur les malformations du bassin est directement inspirée de l'oeuvre de Baudelocque mais elle insiste sur la grande utilité des versions par manoeuvre interne dans ces cas.

CONCLUSION

Madame La Chapelle consacra sa vie aux femmes en couches. Elle les assista toujours avec le plus grand dévouement et exerça son art avec un grand amour. Aussi l'admiration ne saurait-elle lui être mesurée quand on imagine les conditions matérielles précaires dans lesquelles elle a exerçé.

Elle mérite légitimement de prendre rang parmi les grandes figures de l'Obstétrique française aux côtés de MAURICEAU, LEVRET, BAUDELOCQUE dont elle subit d'ailleurs l'influence avant d'affirmer son autonomie. Elle fonda et dirigea une école enviée d'où sortirent des praticiennes fort recherchées. Et elle fit justice du fatras des idées obstétricales régnantes en répandant une conception d'ensemble de l'obstétrique plus simple et plus logique, en simplifiant avec clarté la diversité des présentations décrites jusqu'alors, et en réhabilitant l'importance des forces naturelles à l'encontre des interventions intempestives si inconsidérément pratiquées. Dans le renouveau médical du XIXème siècle, elle procéda avant tout de l'observation raisonnée et certains de ses enseignements sont restés valables. Le principe du respect de l'accouchement spontané dans la présentation de la face en est un. Sa description fort claire des procidences est restée classique. Le tour de spire de la cuillère postérieure destinée à éviter les plaies des parties molles dans les applications de forceps est un geste que chacun pratique encore à l'heure actuelle sans lui en reconnaître toujours la paternité. Aussi c'est bien volontiers qu'on devra pardonner à cet artisan de génie les quelques erreurs qu'elle a pu commettre faute d'une information scientifique suffisante dès qu'elle s'éloignait du domaine qui était le sien, telle l'influence de la saignée dans le traitement préventif des hémorragies ou les causes imaginées de fièvres inexpliquées.

Quoiqu'il en soit, Madame La Chapelle demeure une personnalité bien attachante. Préoccupée avant tout de porter remède à l'état des femmes en couches, elle fit preuve d'un sens pédagogique étonnant et son oeuvre a fait longtemps autorité avec juste raison auprès des sages-femmes et des accoucheurs.

Décès Maternels à la Maternité de Port Royal

ANNEE	NOMBRE DES ACCOUCHE - MENTS	DECES		TOTAL DES DEUX
		PAR AFFECTION PUERPERALE CERTAINE	PAR AFFECTION PUERPERALE DOUTEUSE	
1817.	2814	28	34	62
1818.	2411	111	40	151
1819.	2528	134	52	186
1820.	2431	110	43	153

- 2ème planche -

NOMENCLATURE DES POSITIONS PAR MADAME LA CHAPELLE

GENRES	ESPECES (Positions franches cardinales)	VARIETES (positions intermédiaires, imparfaites, inclinées).	
1/ Vertex	1/ Occiput à G en AV - 1° de Baudelocque 2/ Occiput à D en AV - 2° de Baudelocque 3/ Occiput à D en AR - 4° de Baudelocque 4/ Occiput à G en AR - 5° de Baudelocque 5/ Occiput à G transversale 6/ Occiput à D transversale	1/ Hybrides ou Intermédiaires 2/ Inclinées ou Incomplètes	1/ Tête presque transversale 2/ Occiput vis-à-vis un des pubis 3/ Occiput vis-à-vis une des échancrures supérieures du sacrum 4/ Frontales et bregmatiques 5/ Occipitales 6/ Pariétales
2/ Fesses	1/ Lombes à G (a peu près comme Baudelocque) 2/ Lombes à D 3/ Lombes en AV (comme Baudelocque) 4/ Lombes en	1/ Diagonales (lombes en AV 1° et 2° de Baudelocque / lombes en AR) 2/ Parties génitales cent. du bassin (voisinage du pubis) 3/ (Voisinages des lombes) coccyx au centre 4/ (Voisinages de la hanche) une seule fesse au centre du bassin	

Pieds	1/ Talons à G 2/ Talons à D	à peu près comme Baudelocque	1/ Intermédiaires diagonales (Talons en AV Talons en AR 2/ Un seul pied
	3/ Talons en AV 4/ Talons en AR	Comme Baudelocque	3/ Les pieds et les fesses ensemble
Genoux	1/ Fesses à G 2/ Fesses à D 3/ Fesses en AV 4/ Fesses en AR	Comme Baudelocque	1/ Diagonales 2/ Devant des cuisses voisin du centre 3/ Devant des jambes (genoux écartés) 4/ Un seul genou 5/ Un seul pied
Face	1/ Front à G 3° de Baudelocque 2/ Front à D 4° de Baudelocque		1/ Intermédiaires diagonales 2/ Inclinées (1 Frontales, 2 Mentales (voisinage du devant du col) ou Incomplètes (3 (Une seule joue) malaires
Epaule D	1/ Tête à G 3° de Baudelocque 2/ Tête à D 4° de Baudelocque		1/ Intermédiaires diagonales 2/ Bras dégagé et sorti 3/ Acromion au centre (voisinage du col)
Epaule G	1/ Tête à G 3° de Baudelocque 2/ Tête à D 4° de Baudelocque		4/ Coude au centre, voisinage de la poitrine, du dos ou de l'abdomen

- 3ème planche -

minaison des Accouchemens avec état physique des Nouveaux Nés du :
1er Janv. 1812 au 31 Déc. 1820

		Totaux	Enfans vivans	Enfans faibles	Enfans morts	Abortifs et Difformes
	Vertex	20567	19450	462	635	20
	Face	88	78	6	3	1
	Fesses pieds genoux	790	575	98	101	16
	Epaules	12			2	10
	Positions indéterminées	517	397	11	29	80
	TOTAL	21974	20500	577	770	127
Vertex 72	Inertie utérus ou rétrécissement des parties génitales externes	39	24	8	7	
	Resseremens du bassin	8	2	2	4	
	Positions transversales réputées cause d'inertie	8	3	4	1	
	Convulsions de la mère	8	4	2	2	
	Procidence du cordon	3	2		1	
	Squirrhes du col de l'utérus	2	1		1	
	Procidence du bras	1	1			
	Hémorragie utérine	1			1	
	Obliquité utérine	1		1		
	Position bregmatique	1	1			
Face 5	Inertie utérine	4	1	2	1	
	Position frontale	1		1		
	TOTAL	77	39	20	18	

			Totaux	Enfans vivans	Enfans faibles	Enfans morts	Abortifs et Difformes
er- ion 174	Vertex 47	Hémorragie utérine etc	24	19	5		
		Hémorragie	8	2	2	4	
		Resserrement du bassin	6	3	2	1	
		Procidence du cordon	5	4		1	
		Procidence d'une main	1	1			
		Position pariétale ..	1		1		
		Resserrement de l'orifice interne	1			1	
		Tumeur recto vaginale	1			1	
	Face (inertie)7		7	4	3		
	Fesse (inertie)8		8	4	2	2	
	Pieds (inertie)4		4	2	1	1	
	Epaules 106	cas simples	102	63	15	24	
		avec hémorragie .	1			1	
		avec resserrement du bassin	2		2		
		avec procidence du cordon	1			1	
	Positions indéterminées (hémorragie utérine		2	1		1	
		TOTAL	174	103	33	38	
éduction de 2 positions frontales n franches de la face ...			2	1	1		
rani- to- ie 12		Hydrocéphale	3				3
	Vertex 10	Bregma	1			1	
		Resserrement du bassin	3			3	

		Totaux	Enfans vivans	Enfans faibles	Enfans morts	Abortifs et Difformes
Vertex 10	Position transversale	2			2	
	Inertie	1			1	
Face - (inertie)		1			1	
Pieds (avec main et cordon)		1			1	
	Total ...	12			9	3
Vertex		2		1	1	
Fesses		1		1		
Indéterminées		1			1	
	Total ...	4		2	2	
TOTAL		269	143	56	67	3

BIBLIOGRAPHIE

rtie Historique

kerknecht (E.H) "La Médecine à Paris entre 1800 et 1850" Paris conférences du Palais de la découverte 1958.

kerknecht (E.H) "Les Hôpitaux parisiens de 1800, centre d'une médecine nouvelle". Symposium Ciba, t7, 1959, p151 - 163.

ucanis et Carron Villards Annuaire médico-chirurgical 1er Vol. 1819.

rrier (H.) "Origines de la Maternité de Paris" 1888 Steinheil Editeur

lacroix (A) Biographie des Sages femmes célèbres Paris Trinquart 1834.

launay (P.) "La Maternité de Paris". Rousset 1909.

launay (P.) "Le monde médical parisien au XVIIIème siècle Paris 1906.

launay (P.) "D'une révolution à l'autre 1789 - 1848".

launay (P.) "L'évolution des théories et de la pratique médicale. Paris éditions Hippocrate 1949 (Extraits du "Scalpel" Bruxelles 1948)".

Siebold "Essai d'une histoire de l'obstétricie" Paris 1891 traduit par Hergolt.

vraigne "L'obstétrique à travers les âges" 1949

dot Frères Nouvelle Biographie générale n° 28 p 510-511.

umont Martialet rel Pierre "Histoire de l'obstétrique et de la gynécologie" Sinep éditions.

rande Encyclopédie Par une Société de Savants et de gens de lettre p 712.

ard (P.) "Sciences Médecine Pharmacie : de la Révolution à l'Empire" (1789-1815) p 219 à 225.

ignel Lavastine "Histoire générale de la médecine".

zenod et Luciane "Femmes célèbres". Collaboration Andrée Tétry pour "Femmes de Sciences".

chaud "Bibliographie universelle" p 353-354.

niteur universel Rubrique nécrologique du Samedi 6 Octobre 1821.

ickersheimer "Collège des Etudiants en Médecine de la rue St Victor" Bulletin de la Société française de l'histoire de la Médecine 1906, V p 345-353.

rtie obstétricale.

incipaux livres cités par Madame La Chapelle.

truc	"Traité des maladies des femmes" 1761.
udelocque	"Art des Accouchemens" 1781.
lamotte	"Traité complet des Accouchemens naturels".
onis	"Traité général des Accouchemens".
illemeau	"L'heureux Accouchemen des femmes" 1609.
vret	"L'art des accouchemens démontré par des principes de physique et de méchanique" 1753.
uriceau	"Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées". 1694
broise Paré	"De la génération de l'homme" 1573
u	"Pratique des Accouchemens" 1694
ellie	"Traité de la théorie et pratique des Accouchemens" 1720
ardel	"Traité des Accouchemens" 1694.

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

Vu, Le Président de Thèse

F. LEPAGE

Vu, Le Doyen de la Faculté
de Médecine Cochin - Port-Royal